



LA RESPUESTA TERAPÉUTICA

Francisco BLANCO ROMERO

Psicólogo

Servicio de Familia y Menores

Xunta de Galicia. A Coruña

INTRODUCCIÓN

La relación entre comportamiento delincuente y conducta sintomática siempre ha sido un campo del máximo interés para la Justicia y para las ciencias que la auxilian desde un punto de vista forense, así como para aquellas interesadas en el tratamiento y la corrección tanto de una como de otra forma de conducta.

Dilucidar la presencia de síntomas y su alcance resulta en muchos casos determinante para la esencia del propio proceso de enjuiciamiento, lo cual suele resultar de una importancia crucial para el correcto funcionamiento de la Justicia. Este deslindamiento obedece generalmente a una necesidad de establecer la imputabilidad, es decir, el grado de conciencia y voluntariedad que el sujeto ha poseído en relación a la comisión del acto delictivo. En definitiva,

sobre la responsabilidad con que los hechos se han llevado a cabo:

“Dependiendo de la gravedad del trastorno mental funcional u orgánico, así como de su repercusión en los procesos cognoscitivo y afectivo del autor del delito, cabrá justificar la exención de responsabilidad penal por trastorno mental. Cuando menos, la presencia de un trastorno psiquiátrico debe investigarse como factor atenuante, cuya presencia puede haber provocado que el autor del delito mostrase una capacidad «disminuida»”
(Simon, 2000)

LA PERSPECTIVA TERAPÉUTICA EN LA JURISDICCIÓN DE MENORES

La justicia juvenil en España no es una excepción al interés al que nos acabamos de referir. Además de las cuestiones que puedan afectar a la modificación de la responsabilidad,

Correspondencia:

E-mail: orientacion.familiar.co@xunta.es

la ley de responsabilidad penal de los menores de edad¹ pretende un abordaje centrado en las necesidades del propio menor infractor. A este nivel, la presencia de un trastorno mental puede suponer *per se* una necesidad básica cuya correcta atención puede estar desatendida. Así mismo, además de la estricta necesidad, en este caso de salud, es también de interés para la ley comprender en qué medida las circunstancias personales del menor se ven afectadas por el eventual trastorno y de qué modo éste, en combinación con aquellos factores, actúa en relación a su comportamiento delictivo. La evaluación de todas estas circunstancias y factores, así como de lo que pudiera estimarse como más conveniente al interés del menor, se realiza por medio de los informes técnicos que preceptivamente emiten los profesionales que intervienen en el asesoramiento de los responsables del proceso judicial.

En último término, la ley actúa como garantía de los derechos constitucionales y del interés del menor ante situaciones en las que se le pueda exigir responsabilidad penal. En este sentido, la justicia juvenil en España ha recorrido un largo camino hasta ver cómo los derechos de los menores infractores se han homologado a los derechos de los restantes ciudadanos involucrados en circunstancias similares. Así se puede comprobar en la ley vigente al señalar que las causas de exención o extinción de responsabilidad criminal son exactamente las mismas que las previstas en la jurisdicción ordinaria o de adultos (L.O. 5/2000; arts. 5 y 29).

La incorporación en la ley del principio del “interés del menor” se materializa a través de la consideración de las necesidades y circunstancias de su desarrollo y crecimiento. Desde un punto de vista práctico la ley introduce en las medidas que se van a adoptar

con el menor, además del reproche social que se muestra a través de la sanción, una perspectiva que enfatiza en los componentes educativos y responsabilizadores a la que también se da la posibilidad de añadir, en caso necesario, una respuesta terapéutica que permita la eficacia de las otras dos.

En resumen, la perspectiva terapéutica, que como posibilidad de intervención ofrece la ley, es prioritariamente una respuesta específica a situaciones que modifican la responsabilidad penal de los menores ante la comisión de actos ilícitos y, por otra parte, puede actuar como complemento o respuesta específica a situaciones de necesidad vinculadas al desarrollo del menor o a los condicionantes por los que éste ha llegado a cometer el acto delictivo. De este modo la ley promueve la respuesta terapéutica como una medida adecuada al interés del menor, tanto desde un punto de vista jurídico-legal, como desde una perspectiva bio-psico-social y evolutiva.

La ley señala en concreto la pertinencia de la respuesta terapéutica ante situaciones genéricamente descritas como “anomalías o alteraciones psíquicas, adicciones o alteraciones de la percepción que alteran la conciencia de realidad” [L.O. 5/2000; art. 7.1, letras d) y e)]. Estas medidas no son otras que el internamiento del menor en un centro terapéutico o bien su tratamiento en un servicio de carácter ambulatorio.

Tal y como se recoge en la ley, las medidas terapéuticas de internamiento obedecen a una necesidad del menor de ser atendido en un contexto altamente estructurado. Para ello, se requiere el ingreso en un centro residencial de naturaleza específica en el que el joven pueda aprovecharse de una atención educativa especializada así como del tratamiento

1. Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (BOE nº 11, 13 de enero de 2000)

específico de sus graves disfunciones o alteraciones.

El tratamiento ambulatorio, por su parte, correspondería más a una situación en la que se hallan presentes unas condiciones de vida del menor que harían posible que el tratamiento necesario se administrase mientras el joven reside en su domicilio. El tratamiento se proporcionaría en centros de la red asistencial ordinaria y serían designados por razón de su naturaleza o de la conveniencia de atención. De este modo el menor se vería en la obligación de asistir periódicamente y cumplir las pautas y recomendaciones que los facultativos estimasen más adecuadas para el tratamiento de las disfunciones o alteraciones. En este caso, tales alteraciones se considerarían como moderadas o menos graves.

En orden al principio de flexibilidad propugnado por la ley, también en la adopción y en la ejecución de las medidas acordadas, las medidas terapéuticas podrán llevarse a cabo de modo exclusivo o bien, si así se decide como más conveniente para el interés del menor, de modo combinado -simultánea o consecutivamente- junto a alguna -o varias- de las restantes medidas contempladas en la ley. En estos casos de ejecución combinada, habría que aclarar que las medidas de internamiento terapéutico tienen prioridad en su cumplimiento sobre cualquier otra que haya podido adoptarse (L.O. 5/2000; art. 47). Según la evolución que se acredite en su ejecución, las medidas terapéuticas -al igual que las restantes medidas contempladas en la ley- podrían ser modificadas, suspendidas e incluso dejadas sin efecto, si existieran motivos que lo justificasen.

Las fronteras entre delincuencia y síntoma

Como es bien sabido, tanto entre los profesionales de la educación como entre los de las ciencias que se ocupan de cuestiones

que afectan al desarrollo de niños y jóvenes, la desobediencia en la infancia y la rebeldía en la adolescencia pueden ser comportamientos perfectamente normales relacionados con el desarrollo.

Sin embargo, resulta que estos mismos elementos de desobediencia y rebeldía forman parte del comportamiento trasgresor. En qué punto estos fenómenos evolutivos dejan de serlo para convertirse en conductas que se desvían significativamente de la norma es una cuestión que puede llegar a ser controvertida. Piénsese, por ejemplo, en las diferentes visiones que podrían tener sobre el mismo comportamiento de un muchacho un padre, un maestro o un policía. Obviamente, las posibles discrepancias respecto a si la eventual trasgresión constituye una infracción merecedora de reproche o sanción será delimitado en último término, por la Ley, aunque en ocasiones resolver la cuestión puede que no resulte tan fácil.

La complejidad de este proceso de esclarecimiento se intensificará aún más aún cuando estos comportamientos puedan hallarse incorporados a la esfera de lo patológico como síntomas que forman parte de una entidad que define a un trastorno mental. En la mayor parte de los casos de trastorno mental la defensa se basa en afecciones psicóticas de diferente etiología (Simon, 2000), lo cual parece coherente con el hecho de que, excepto ante la presencia de graves trastornos como la psicosis o el retraso mental, en muchas ocasiones es posible que no quede muy claro si el menor infractor es un *perturbador* o es un *perturbado*.

Desde el punto en el que confluyen un posible trastorno mental y la edad en el que este se manifiesta, esto es, en la infancia o en la adolescencia, tenemos que, en la práctica, excepto el trastorno antisocial de la personalidad, cualquier trastorno mental puede tener su inicio en la niñez:

“... ahora se sabe que todos los trastornos psiquiátricos «adultos» enumerados en el DSM-IV pueden comenzar durante la niñez. Cualquier trastorno puede utilizarse como etiqueta diagnóstica primaria en un niño. Incluso los trastornos de la personalidad (excepto el de personalidad antisocial) pueden diagnosticarse en la niñez si sus características son dominantes e inusualmente persistentes. Se sabe también que todos los trastornos que comienzan en la niñez dejan secuelas importantes en el adulto o se transforman en trastornos del adulto.” (Popper & West, 2000)

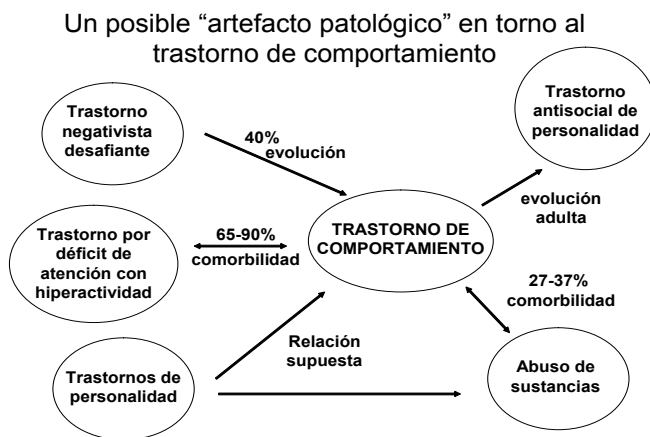
La psicopatología actual (APA-DSM²) señala una relación estrechísima –quizás podría considerarse una analogía- entre una buena parte de lo que podrían considerarse comportamientos delictivos/trasgresores y los criterios para el diagnóstico de un síndrome concreto y específico: el denominado trastorno de comportamiento, también conocido como trastorno disocial o *conduct disorder*. Los criterios para el diagnóstico de este síndrome incluyen la presencia persistente de conductas que suponen una infracción de las normas sociales y los derechos de otras personas. Sin embargo, uno de los criterios más

sugerentes de todos ellos es el de la edad de inicio: nunca antes de los dieciocho años. En otro caso, es decir, ante sujetos con una edad superior a los dieciocho años, exactamente los mismos criterios diagnósticos darían como resultado a un nuevo y diferente síndrome: el ya mencionado trastorno antisocial de personalidad.

El citado trastorno de comportamiento se encuentra interconectado con otros trastornos de un modo asimismo sugestivo, como trata de mostrarse gráficamente en la Figura 1, constituyendo lo que aquí hemos venido a denominar como un posible “artefacto patológico” en torno al trastorno disocial.

Esta conexión parece observarse específicamente con el trastorno negativista desafiante, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de personalidad y los trastornos por abuso de sustancias (Petitbó, 2009). Podemos observar que esta conexión parece especialmente relevante entorno a los dos trastornos mencionados en primer lugar, ambos de inicio en la infancia o la adolescencia.

Figura 1. Un posible “artefacto patológico” en torno al trastorno de comportamiento



2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, publicada por la American Psychiatric Association.

El trastorno negativista desafiante que puede tener un inicio realmente temprano –antes de los ocho años-, se caracteriza, entre otras, por una intensa oposición del niño a las figuras de autoridad, caracterizado por desobediencia, hostilidad y conducta desafiante. La relación sugerida por algunos estudios se basa en que el trastorno negativista puede evolucionar hacia el trastorno de comportamiento hasta en un 40% de los casos.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, cuya elevada frecuencia diagnóstica se encuentra gravemente cuestionada, comprende comportamientos que se caracterizan por desatención, distracción, exceso de movimientos inadecuados a la situación e impulsividad o realización de actos de forma súbita y no reflexiva. Este tipo de trastorno alcanza tasas de comorbilidad con el trastorno de comportamiento que oscilan entre el 65% y el 90%. En ninguno de estos casos, los datos que señalan la presentación simultánea de ambos trastornos deberían hacernos suponer la existencia de una relación causal entre ellos.

En cuanto a los trastornos de personalidad esta relación con los trastornos de comportamiento se presenta como supuesta, es decir, no se cuenta con evidencia que permitan concretarla, entre otras razones por las dificultades de fijar este diagnóstico en edades en las que la dimensión de desarrollo juega un papel de máxima importancia, pero que generalmente no es tenido en cuenta de modo suficiente. Esta posible relación entre trastornos de comportamiento y de personalidad seguramente hace referencia a los patrones de comportamiento que se refieren al trastorno de personalidad límite, especialmente en lo que se refiere a las dificultades afectivas, exceso de impulsividad y la presencia de ira intensa e inapropiada que resulta difícil de controlar para el sujeto.

Esta relación se considera supuesta, asimismo también, entre este tipo de

trastornos, los trastornos de personalidad, y los producidos por abuso de sustancias. Para estos dos trastornos se ha propuesto a su vez la posible existencia de un hipotético mecanismo intermedio que explicaría que el consumo de sustancias produciría un efecto mitigador o reductor del malestar experimentado por el sujeto y causado hipotéticamente por esos patrones rígidos y repetitivos a los que parece obligado a responder al padecer ese trastorno de personalidad.

A otro nivel, la relación de comorbilidad observada entre el trastorno de comportamiento y el abuso de sustancias se halla en tasa que varían según estudios entre el 27 y el 37 por ciento, sin que, como en el caso de la comorbilidad con el trastorno hipercinético, pueda establecerse una relación de causal entre uno u otro trastorno.

En definitiva, parece que pudiera darse una especie de efecto parecido al de un sumidero, donde una serie de trastornos en los que se presenta una sintomatología con importantes consecuencias e implicaciones psicosociales que afecta a niños y jóvenes acaban desembocando o evolucionando hacia el trastorno de comportamiento o bien derivarían a partir de él por un efecto similar al de un drenaje hacia otros trastornos como en el caso del abuso de sustancias o más claramente en el caso del trastorno de personalidad antisocial en adultos.

En suma, nos hallaríamos con una serie de problemas en la conducta de algunos menores en los que a las dificultades para determinar la pertinencia de su etiquetado como desviadas (o delictivas) se añadirían las propias de una clasificación psicopatológica que puede estar representando una constelación con múltiples relaciones a diferentes niveles lo cual daría, si cabe, una mayor complejidad a la comprensión y categorización de los comportamientos a los que se pudiera pretender dar una respuesta a través de las medidas judiciales de carácter terapéutico.

MEDIDAS JUDICIALES ADOPTADAS

Al tratar de cuantificar la dimensión del fenómeno que ocupa nuestro interés, es decir, la respuesta terapéutica en el contexto de la justicia juvenil con frecuencia nos encontramos con importantes dificultades para obtener datos. Los datos publicados suelen ser escasos, difíciles de obtener y a veces profundamente inconsistentes. Como consecuencia, en muchas ocasiones los datos difícilmente podrán ser comparados, ya que a menudo no es posible obtener series temporales con un mínimo de fiabilidad. Así mismo, los datos deberían ser tomados con

cautela en función de la fuente de donde provengan. En general, cuanto más alejados de las agencias directamente responsables mayores deberían ser estas precauciones. Todo ello suele otorgar una escasa fiabilidad a la vertiente cuantitativa del estudio de la respuesta penal a la delincuencia juvenil.

Para hacernos una idea más o menos precisa del tamaño de este fenómeno en Galicia podemos observar la tabla correspondiente a los datos manejados por la Xunta de Galicia, organismo responsable de la ejecución de las medidas judiciales, para el año 2009.

Tabla 1. Medidas judiciales adoptadas. (Xunta de Galicia, 2009)

	Medidas terapéuticas	Medidas no terapéuticas	TOTAL
Medidas de internamiento	39 (12.5%)	272	311
Medidas de medio abierto	16 (1.8%)	877	893
TOTAL	55 (4.6%)	1149	1204

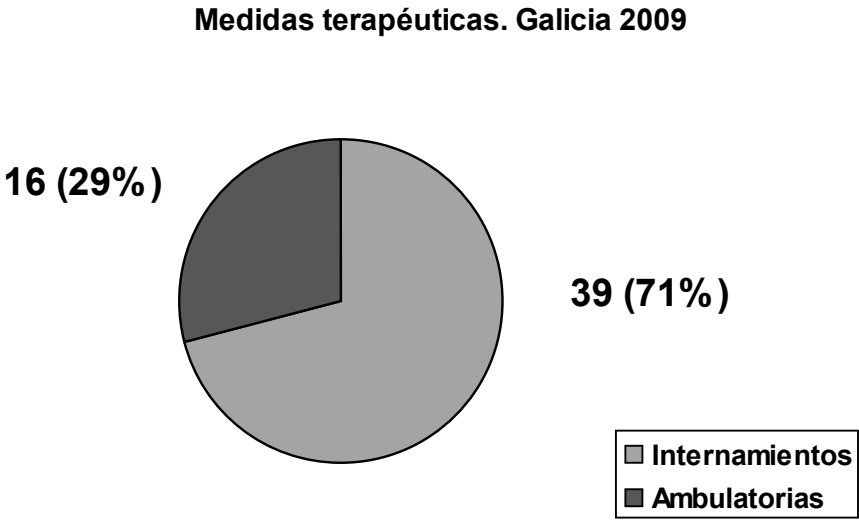
Podemos observar que el número de medidas judiciales emitidas por los Juzgados de Menores de Galicia en 2009 ascendió a un total de 1204, de las cuales 55 (el 4,6%) lo fueron de carácter terapéutico. Así como podemos saber que las medidas adoptadas afectaron a un total de 914 menores, ignoramos a cuantos de ellos se les ha aplicado alguna medida de tipo terapéutico.

Sabemos que la proporción de medidas terapéuticas entre las medidas de internamiento, un 12,5%, es sustancialmente superior a la

proporción de medidas ambulatorias entre las de medio abierto: 1,8%.

Del mismo modo podemos notar que las medidas de internamiento son las más adoptadas en la modalidad de medidas terapéuticas, en una proporción del 70,9% (Gráfico 1). Lo cual nos indica que el recurso a las medidas terapéuticas se da preferentemente ante la comisión de delitos más graves, como se deduce de la medida de internamiento, y en los que se puede asumir la existencia de un mayor grado de perturbación.

Gráfico 1. Medidas judiciales de carácter terapéutico. (Xunta de Galicia, 2009)



A fin de tomar cierta conciencia sobre el tamaño relativo del fenómeno en nuestra Comunidad Autónoma, hemos podido acudir a los datos estatales publicados por el Instituto Nacional de Estadística para el mismo año 2009 (Tabla 2). A partir de ellos creemos que se puede inferir que el fenómeno -dicho en términos generales- de la delincuencia juvenil en Galicia tiene un tamaño ajustado a la proporción que otras dimensiones, como territorio y población, tienen respecto de la

totalidad del estado español: alrededor de un 4% del total de medidas judiciales acordadas en España lo fueron en Galicia³. Por otro lado y según estos mismos datos, la respuesta terapéutica parece tener una relevancia similar, tanto en España como en Galicia, y que ésta es relativamente escasa en comparación con los restantes tipos de medida: en torno al 1,5% en el caso de las medidas de internamiento y al 0,5% para las medidas ambulatorias.

Tabla 2. Medidas judiciales adoptadas en España. Porcentajes. (INE,2009)

	España	Galicia
Total medidas adoptadas	100%	4.1%
Internamiento terapéutico	1.3%	1.4%
Tratamiento ambulatorio	0.6%	0.2%

³. Asumiendo que tanto la población como la superficie de Galicia equivalen aproximadamente cada uno de ellos al 6% de las de España.

ASPECTOS CUALITATIVOS

Las medidas judiciales se adoptan, como ya se ha visto, con la finalidad de dar una respuesta específica a las condiciones que causan o mantienen el comportamiento delictivo en el caso específico e individual de cada menor. En el caso de las medidas terapéuticas, éstas se concretan en un programa específico con objetivos particulares en el contexto de una respuesta más amplia al conjunto de necesidades y condicionantes particulares de ese caso. La ejecución de la medida terapéutica se basa en un programa de tratamiento personalizado, elaborado por los especialistas en el contexto más amplio de la actuación que supone la respuesta judicial a la infracción, y en el que se establecerán con precisión las pautas o recomendaciones para la intervención, así como los controles necesarios para su seguimiento.

En las medidas de tratamiento ambulatorio los recursos designados para su ejecución no son otros más que los existentes en la red asistencial ordinaria, generalmente de carácter sanitario, por ejemplo, unidades de salud mental o de atención a drogodependencias, aunque también puede recurrirse a algunos otros de carácter más social como centros de día o servicios de atención a conflictos familiares. A este respecto la ley realiza un esfuerzo por especificar las diferencias entre este tipo de medidas y otras concomitantes como la medida de tareas socioeducativas, aunque en algunos casos establecer tales diferencias sea en la práctica poco relevante:

La diferencia más clara [del tratamiento ambulatorio] con la tarea socioeducativa es que ésta pretende lograr una capacitación, un logro de aprendizaje, empleando una metodología, no tanto clínica, sino de orientación psicoeducativa. El tratamiento ambulatorio también puede entenderse como una tarea socio-educativa muy específica para un problema bien definido. (L.O. 5/2000;

Preámbulo, aptdo. III.20)

Dónde sí se ha puesto un énfasis significativamente diferenciador por parte de la ley es en la ejecución de las medidas de internamiento terapéutico. En estas se destaca en primer lugar el carácter especializado y específico de los equipamientos en los que se lleva a cabo, es decir, de los centros de internamiento. En este sentido, como centros en los que se ejecutan medidas privativas de libertad, han de ser específicos para menores infractores, esto quiere decir que deben ser diferentes de los previstos para el cumplimiento de las mismas medidas por personas mayores de edad. En el caso de las medidas de internamiento terapéutico, la ley permitiría la ejecución en establecimientos “socio-sanitarios” ordinarios, si la medida —y las necesidades de atención del menor— así lo requiere.

Los centros de carácter terapéutico comparten además con los restantes centros de internamiento las características que les son propias como la normativa de funcionamiento interno, los catálogos de derechos y obligaciones, etc. En cuanto al régimen funcional de los centros terapéuticos, se trata de conciliar en ellos los que son propios del funcionamiento de centros de internamiento ordinarios, es decir, modalidades y regímenes, actividades, etc. lo más participativos y normalizados posibles; con aquellos otros que se dirigen a satisfacer las peculiares necesidades de atención de los internos: actividades ocupacionales y psicoterapéuticas, otras actuaciones e intervenciones clínicas e incluso médico-sanitarias.

Desde un punto de vista práctico, la ejecución de las medidas de internamiento terapéutico en Galicia se lleva a cabo en el Centro de Atención Específico “Montefiz” (Ourense), recurso que cuenta con una capacidad de 25 plazas. Disponemos de algunos datos correspondientes al año 2005

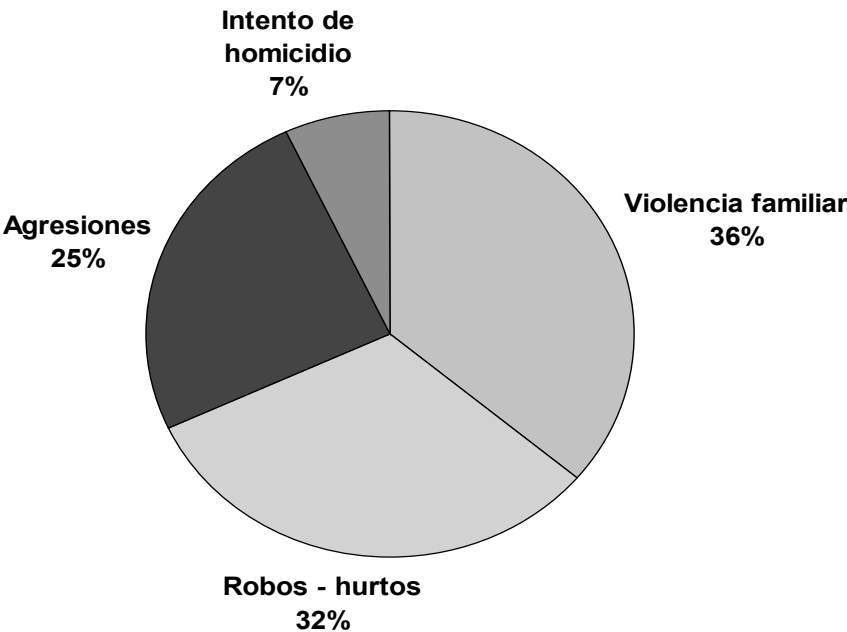
que pueden orientarnos acerca de algunas de las características de este tipo de medidas que han sido atendidas en este centro (Gráficos 2 y 3).

En ellos se puede observar, en primer lugar, que el tipo de delito perpetrado por

los internos es preferentemente de carácter violento cuya proporción conjunta sería de algo más de dos tercios del total, frente al tercio restante representado por los delitos de tipo patrimonial o contra la propiedad.

Gráfico 2. Usuarios del recurso y tipo de delito (Benavente, 2006)

Usuarios del recurso y tipo de delito

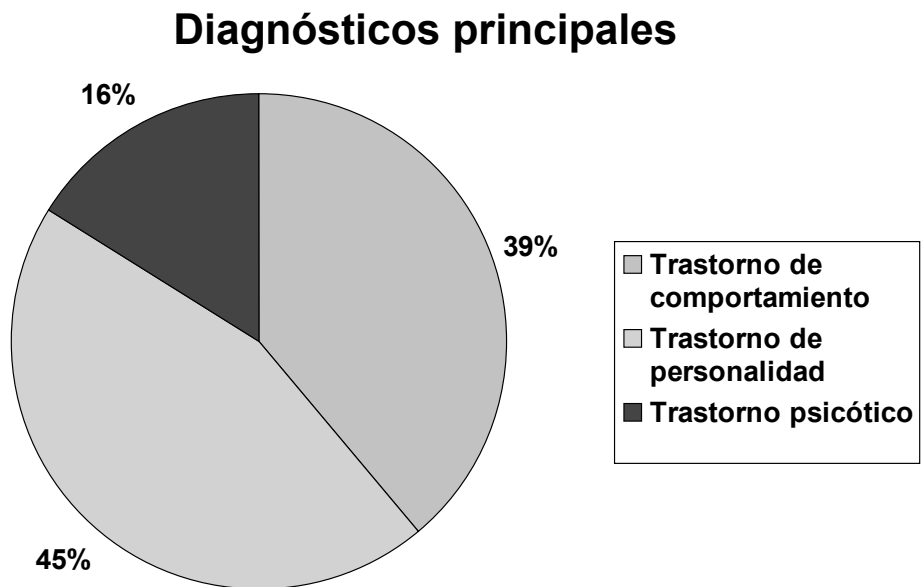


Llamáramos la atención de que los hechos violentos se hallan especialmente representados por los actos de “violencia familiar”, que suponen algo más de la mitad de todos ellos, mientras que los alarmantes “intentos de homicidio” alcanzan un 10% del total de tales hechos, mientras que los restantes delitos, “agresiones”,

responderían a un casi 38% del total de actos violentos.

La restante información disponible del centro de internamiento de referencia en Galicia nos muestra una distribución de los diagnósticos principales asignados a los menores internos.

Gráfico 3. Diagnósticos principales (Benavente, 2006)



En el primer lugar por su frecuencia, casi la mitad de los casos (45%), destacan los trastornos de personalidad, denominados de este modo genérico sin que se hagan distinciones sobre su tipología específica. En segundo lugar se encontraría nuestro ya conocido diagnóstico de trastorno de comportamiento (*conduct disorder*), con una nada desdeñable frecuencia del 39%. Por último, los trastornos de orden psicótico con un 16%.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Ante lo dicho podríamos señalar a modo de conclusiones algunas cuestiones como las que siguen:

Parece que las medidas terapéuticas adoptadas en la jurisdicción penal de menores suelen ser de tipo residencial, es decir, de internamiento y se aplican principalmente ante la comisión de delitos violentos, especialmente en el ámbito familiar

Como corresponde a los amplios acuerdos existentes entre los profesionales e investigadores del campo de la psicopatología infantil y juvenil, a la patologías implicadas se les atribuyen causas multifactoriales y complejas (biológicas, constitucionales y ambientales)

Del mismo modo, los tratamientos propuestos suelen ser de larga duración así como de carácter multimodal: individuales, familiares, socio-educativos y también farmacológicos.

Probablemente, también como se recomienda en la literatura especializada, deberían priorizarse enfoques en los que primen las intervenciones preventivas y tempranas, de modo que las medidas terapéuticas de internamiento hayan de adoptarse con menor frecuencia.

En el ámbito de la justicia juvenil no se puede desechar completamente la sensación de que la respuesta terapéutica está relacionada

tanto con la calidad como con la cuantía de los recursos disponibles.

Parece interesante sugerir que deberían aumentarse los esfuerzos para realizar investigaciones rigurosas en el campo de las respuestas terapéuticas a las infracciones protagonizadas por jóvenes. De este modo sería posible mejorar los niveles de calidad tanto de los procesos de evaluación como la toma de decisiones sobre las respuestas a proporcionar, así como de la asistencia a proveer para que el uso de recursos de un elevado coste pudiera realizarse de un modo más eficaz.

REFERENCIAS

BENAVENTE, M. (2006): La intervención terapéutica con menores infractores. El centro de atención específica “Montefiz”, características y evolución. Fundación internacional “O Belén”. Xunta de Galicia.

INSTITUTONACIONALDEESTADÍSTICA (2009) Estadística sobre menores infractores. INE. Madrid.

LEY ORGÁNICA 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (BOE nº 11, 13 de enero de 2000)

PETITBÓ RAFART, M.D. et al. (2009): Trastornos de comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo? Fundación Faros. Barcelona.

POPPER, C. & WEST, S.A. (2000): “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”. En HALES,R.E., YUDOFKY,S.C. Y TALBOTT,J.A.(Eds.): DSM IV. Tratado de psiquiatría. Tomo I (Parte III. Trastornos psiquiátricos). pag. 824. 3ª Edición. Masson. Barcelona.

SIMON, R.I. (2000): Ley y psiquiatría. En HALES,R.E., et al. (Eds.): DSM IV. Tratado de psiquiatría. Tomo I (Parte V. Temas especiales). pag. 1515 y ss. 3ª Edición. Masson. Barcelona.

XUNTA DE GALICIA (2010): Atención a menores en situación de conflicto social. Memoria ano 2009. Secretaría Xeral de Benestar. Santiago de Compostela.